

## Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental

### Quality of life in motor-handicapped patients according to socio-demographic factors and mental health

Sofía González<sup>1</sup>, Javiera Tello<sup>1</sup>, Paula Silva<sup>1</sup>, Claudia Lüders<sup>1</sup>, Sandy Butelmann<sup>1</sup>, Rosemarie Fristch<sup>2</sup>, Felipe Solar<sup>3</sup>, Cristina Rigo-Righi<sup>4</sup> y Perla David<sup>5</sup>

*It is estimated that there are presently over one thousand million people worldwide living with some kind of disability. In Chile, there are very few studies on this topic without conceptual uniformity. Since 2004, the prevalence is estimated in 12,9% (1). Objectives: Study a sample population taken from the Metropolitan Region of Santiago, Chile, of individuals over 18 years of age who have some kind of motor disability, and observe the relationship with quality of life according to different indicators: time with their disability, mental health and sociodemographic factors. Methodology: This study is a descriptive, transverse correlation. The questionnaires used were the SF- 36 questionnaire for Quality of Life, the Barthel Index for motor disability and the GHQ 12 Goldberg for mental illness. Results: No significant results were found between individuals with an altered mental health (Goldberg  $\geq 5$ ) and individuals with some level of dependence on the Barthel Index Scale (Fisher Test = 0.34). There is a 10-point difference in the physical component of the SF-36 questionnaire between individuals with mental health alteration and those without: however, this value is not statistically significant ( $p = 0.06$ ). Quality of life is lower with regard to the physical component of the SF- 36 as educational level rises: these results are statistically significant. Conclusion: There is no statistical significance between quality of life and mental health alterations in disabled people. We cannot establish a relationship between altered mental health and motor disability. This study shows us the tremendous scope for research on different types of disabilities and their correlation with mental health that still remains. There are still very few studies about the latter and the time individuals have been with this condition, the differences that exist between rehabilitation centers or the differences in mental health and quality of life observed between individuals who attend rehabilitation and those who do not.*

**Key words:** Quality of life, disability, mental health.

*Rev Chil Neuro-Psiquiat 2012; 50 (1): 23-34*

Recibido: 01/03/2011

Aprobado: 24/01/2012

Este trabajo de investigación forma parte del currículo del ramo de Psiquiatría de quinto año de la Universidad de Los Andes. No hubo apoyo financiero.

<sup>1</sup> Internas de Medicina 7° año, Universidad de los Andes, Santiago Chile 2011.

<sup>2</sup> Psiquiatra, Docente Tutora Universidad de Los Andes, Universidad de Chile.

<sup>3</sup> Epidemiólogo, Docente Universidad de Los Andes.

<sup>4</sup> Fisiatra Instituto de Rehabilitación Centro Teletón.

<sup>5</sup> Neuróloga, Docente Universidad de Los Andes, Profesora agregada Universidad de Chile.

## Introducción

La discapacidad es una realidad humana, que afecta gran parte de la población a nivel mundial. Se define discapacidad a un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social)<sup>1</sup>. Cabe destacar que el término de discapacidad no sólo considera una limitación física, sino que también incluye las discapacidades sensoriales, cognitivas, intelectuales y psiquiátricas.

Según el Informe Mundial de la Discapacidad de la OMS, más de mil millones de personas en el mundo poseen algún grado de discapacidad y de éstas, 200 millones de personas aproximadamente tienen alguna dificultad considerable en su funcionalidad<sup>1</sup>. Wyndaele y Wyndaele<sup>2</sup>, en una revisión sistemática de publicaciones científicas entre 1977 y 2006 sobre incidencia, prevalencia y epidemiología de lesión medular a nivel mundial concluyen que la incidencia global oscila entre 10,4 y 83 por millón de habitantes por año, y la prevalencia entre 223 a 755 por millón de habitantes<sup>2</sup>. Mazaira et al, estiman que en países desarrollados la incidencia de la lesión medular varía en un rango entre 9 y 53 por millón de habitantes<sup>3</sup>.

En Chile, existen pocos estudios que estimen dicha prevalencia. Los datos recolectados por el CENSO y la encuesta CASEN dan cifras de 2,2 y 3,6% respectivamente, muy por inferior a las obtenidas en estudios enfocados dirigidamente a personas con discapacidad. Según la encuesta Calidad de Vida y Salud del MINSAL, realizada el año 2000, el 21,7% de la población chilena presenta algún tipo de discapacidad. Por otro lado, según el estudio realizado por FONADIS el año 2004, existe un 12,9% de discapacitados en Chile, lo que equivale a 2.068.072 de personas con esta condición<sup>4</sup>.

Además de la escasa literatura con respecto a la prevalencia, el estudio FONADIS del año 2004

es el primer y único estudio a nivel nacional que analizó la prevalencia de la discapacidad y su distribución según variables sociodemográficas, tales como edad, sexo, zona urbano-rural, nivel socio-económico, educación, además del grado de participación social y del tipo y nivel de discapacidad.

En el año 2001, La Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la última versión de la Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF), con el fin de describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud y establecer un lenguaje común entre los distintos profesionales<sup>5</sup>. Este modelo permite asociar aspectos desde las dimensiones corporal, individual y social, y su relación con los factores del ambiente que pueden actuar como facilitadores o barreras de la situación de discapacidad. Cabe destacar que la CIF surge por el deseo de sustituir la perspectiva negativa de la *Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM) anteriormente vigente, publicada por primera vez por la OMS en el año 1980, ofreciendo una visión más neutral de la estructura y de la función, considerando las perspectivas positivas de las actividades y de la participación<sup>6</sup>.

Por otra parte, en el ámbito de la medicina, existe un creciente interés por mejorar la Calidad de Vida (CV) del ser humano, por lo que han surgido numerosas estudios y escalas, todos con la finalidad

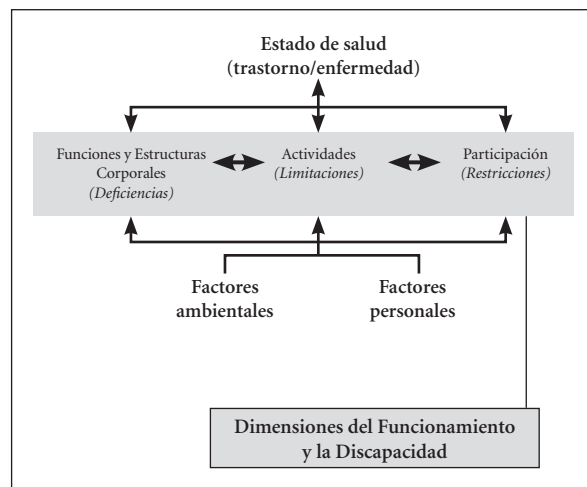


Figura 1. Modelo relacional del funcionamiento y la discapacidad que sirve de fundamento de la CIF.

de medir y cuantificar el nivel de CV del enfermo. La CV se define según la OMS como "...un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad"<sup>7</sup>.

Un aspecto íntimamente relacionado con la calidad de vida es la salud mental. Nos referimos a alteraciones en la salud mental como un término que engloba a diversos síntomas: depresivos, angustia-ansiedad, tristeza, falta de ánimo, alteraciones del sueño, alteración social, insatisfacción de vida, entre otras.

Es innegable que la depresión es una patología psiquiátrica que tiene un gran impacto sobre la CV, lo cual ya ha sido corroborado por numerosos estudios. Un estudio demuestra que la CV de los pacientes depresivos post-tratamiento que remiten es mejor que la de aquellos en que persiste la enfermedad, pero que en ambos casos su CV es menor que la de la población general<sup>8</sup>. Es esperable encontrar síntomas depresivos en pacientes que adquieren algún tipo de discapacidad motora, tal como lo demuestra Hoffman et al, en su estudio de pacientes con lesión medular, donde de 1.035 pacientes un 18% a 21% presentaron depresión mayor entre el primer al quinto año de adquirir la lesión<sup>9</sup>.

Es importante detectar en el paciente discapacitado indicios de cómo se encuentra su salud mental, porque puede ser una forma de mejorar su CV y así ayudar al paciente en su rehabilitación.

Ante la insuficiente información en Chile, nos surge el interés de realizar un estudio en pacientes discapacitados que evalúe las distintas variables sociodemográficas, y que incluya además, su relación con la calidad de vida y salud mental. Suena lógico el pensar que un paciente con discapacidad presenta una peor CV que aquel que no la posee, sin embargo, esto aún no ha sido estudiado. Por lo que nace la duda: ¿Es la discapacidad un factor que favorece la aparición de alteraciones en la salud mental? Además, ¿es la salud mental un factor que repercute sobre la CV de los pacientes discapacitados?

### **Hipótesis**

1. El grado de discapacidad (según el nivel de dependencia) se relaciona con la CV.

2. La CV de los individuos con discapacidad motora se asocia a diversos factores sociodemográficos.
3. El grado de discapacidad se asocia a alteraciones de la salud mental.
4. Los pacientes con discapacidad motora con una alteración de la salud mental tendrán una CV 10 puntos menor que los pacientes discapacitados con una buena salud mental<sup>10</sup>.

### **Objetivos generales**

Nuestros objetivos están orientados principalmente a evaluar los factores sociodemográficos en individuos discapacitados y su relación con CV y salud mental. Asimismo, evaluar cuánto empeora la CV en pacientes con discapacidad y alteraciones de salud mental, *versus* pacientes discapacitados con bienestar mental.

### **Objetivos específicos**

1. Observar las variaciones en la CV de los pacientes discapacitados según centro estudiado.
2. Describir cómo afecta el tiempo de la condición de discapacidad en la CV.
3. Describir cómo afecta el tiempo de la discapacidad en la salud mental.
4. Observar las variaciones de la salud mental según factores sociodemográficos.

### **Materiales y Método**

El material fueron los sujetos con discapacidad motora, de ambos sexos, con un rango de edad entre 18 a 65 años. Se respetaron las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki de 1975.

Se utilizó una metodología de estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con el fin de analizar cómo varía la CV en pacientes discapacitados según tipo y tiempo de discapacidad, grado de dependencia, salud mental y factores sociodemográficos: sexo, edad, estado civil, comuna de residencia, ingreso del hogar y nivel educacional.

Se contactaron 3 centros destinados a la rehabilitación y recreación de discapacitados en la ciudad de Santiago, con el fin de reunir a pacientes

mayores de 18 años. Se ubicaron todos los centros en Santiago que tuviera pacientes con discapacidad motora. Se eligieron luego selectivamente según aquellos que aceptara la realización del estudio con sus pacientes y tuviera la disponibilidad de recibir a las encuestadoras. Los centros a los que se asistió fueron el Instituto de Rehabilitación Teletón, Centro Crecer y la Asociación Chilena de Lisiados. La elección de los participantes se realizó de forma azarosa entre los individuos que asistieron los días que fueron realizadas las encuestas. Las encuestas se realizaron en salas privadas, de forma individual. Todos aquellos pacientes que accedieron a participar voluntariamente mediante un consentimiento informado fueron incluidos. Se excluyeron de este trabajo a todos los individuos que presentaron una discapacidad que no fuese motora, que tuvieran algún grado de déficit cognitivo y a todos los menores de 18 años. Asimismo, tres pacientes se excluyeron por no ser residentes de la ciudad de Santiago.

La muestra definitiva contó con 42 pacientes los cuales fueron reclutados durante el periodo comprendido entre Septiembre y Octubre del año 2009. La muestra consistió en 24 pacientes (57,1%) del Centro Teletón, 6 (14,3%) del Centro Crecer, 4 (9,5%) de la Asociación Chilena de Lisiados, 2 (4,8%) de otros centros y 6 (14,3%) de pacientes sin centro que se encuestaron durante un campeonato de tenis organizado por la Teletón. 43% de la muestra era de sexo femenino y 57% masculino. 73,8% tenía entre 18 y 30 años, 9,5% entre 31 y 45 años, 7,1% entre 46 y 55 años, 4,7% entre 56 a 65 años y 4,7% sobre 65 años. El 90,5% de la muestra era soltera/o, 7,1% casada/o, 2,4% separada/o y 0 viudo o conviviente. El nivel educacional y el ingreso del hogar se resumen a continuación.

Nivel educacional	n de pacientes
Básica incompleta	2 (4,76%)
Básica completa	3 (7,14%)
Media incompleta	6 (14,29%)
Media completa	19 (45,24%)
Superior incompleta	6 (14,29%)
Superior completa	6 (14,29%)

Ingreso del hogar (\$)	n de pacientes
< 200.000	14 (33,3%)
200.000 - 399.999	12 (28,5%)
400.000 - 599.999	6 (14,2%)
600.000 - 1.699.999	2 (4,7%)
> 1.700.000	1 (2,3%)
No sabe	7 (16,6%)

La metodología consistió en entrevistas personales realizadas en los diferentes centros, en salas privadas. Se realizó un comité donde las entrevistadoras (5 mujeres) uniformaron los criterios a seguir para realizar las entrevistas. Se preguntó al paciente si deseaba participar de la encuesta, se le explicó en qué consistía y se le informó sobre el anonimato de ésta. Una vez que el sujeto accedía a participar en el estudio, debía firmar un consentimiento informado para luego responder los cuestionarios de elección múltiple en forma privada y en silencio. Si por algún motivo el paciente no podía escribir debido a su discapacidad motora, la encuestadora leía las preguntas junto a las opciones para luego encerrar en un círculo la respuesta del paciente, sin emitir ningún juicio y sin participar de sus respuestas. Se aplicaron cuatro cuestionarios de evaluación. El primer cuestionario estaba dirigido a obtener datos sociodemográficos. El grado de discapacidad se determinó mediante el Índice de Barthel, instrumento ampliamente utilizado que valora el nivel de dependencia del paciente con respecto a actividades cotidianas<sup>11</sup>. La CV de los individuos discapacitados se evaluó a través de la escala SF-36, escala que mide ocho conceptos: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental<sup>12-16</sup>. Sin embargo, la escala SF 36 puede resumirse en dos índices de salud: índice corporal o físico e índice psíquico o mental. Por último, se utilizó el Cuestionario GHQ12 de Goldberg, versión abreviada del cuestionario general de Goldberg, para evaluar salud mental. Su finalidad es detectar casos probables de trastornos mentales, tales como distrés mental malestar psicológico y síntomas neuróticos o de ansiedad, comparando el estado actual del paciente con el habitual<sup>17</sup>. Los

cuestionarios de Barthel, Goldberg y SF-36 han sido todos validados por distintos estudios.

Los datos estadísticos fueron analizados a través del programa SPSS 15.0.1. Se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas: prueba correlacional, prueba de Fisher y la prueba no paramétrica para igualdad de medianas.

## Resultados

Para el análisis de los resultados de la escala SF-36 se consideró solamente las variables estandarizadas tanto física como mental, las cuales corresponden a un resumen de lo encontrado en las distintas subcategorías de esta escala.

Se analizó el grado de discapacidad según la escala de Barthel con las variables de CV de la escala SF-36 a través de una prueba de correlación. Los resultados obtenidos muestran una asociación estadísticamente significativa según el grado de discapacidad y el componente físico estandarizado (Pearson = 0,326) y según la subcategoría de funcionamiento físico (Pearson = 0,597). No se obtuvieron resultados de significancia en el componente mental.

Se describió y analizó la CV de los pacientes discapacitados, según los factores sociodemográficos.

Al analizar la CV según sexo, el componente físico no mostró mayor diferencia (media de 43,7 en mujeres *versus* 43,1 en hombres). En el componente mental, los hombres mostraron una diferencia de dos puntos mayor que las mujeres (48,2 *vs* 46,1).

En cuanto a la edad, el rango comprendido entre 51 y 55 años presentó el mayor puntaje en el análisis del componente físico, con una media de 53,2. El menor puntaje se obtuvo en mayores de 65 años con una media de 29,6.

En cuanto al componente mental, fue este último grupo el que mayor puntaje presentó (media de 47,3).

Según el estado civil, se observa un mayor puntaje en el componente físico en los individuos solteros, siendo 11 puntos superior al de los individuos casados y separados (media de 44,4 *vs* 33,2 y 33,8, respectivamente).

Sin embargo, los individuos separados presentaron el mayor puntaje (media = 55,5) en el componente mental, con respecto a los otros grupos.

En cuanto al nivel de educación, los individuos con educación superior completa presentaron el menor puntaje en cuanto al componente físico de la CV (media = 32,2). El mayor puntaje lo obtuvo el grupo con educación media incompleta (media = 52,1).

El componente mental estandarizado de la escala SF-36 según escolaridad tiende a aumentar a medida que aumenta el nivel de escolaridad, siendo mayor en los individuos con educación superior completa (media de 54,4). El menor puntaje se obtuvo en individuos con educación básica completa.

Por último, al analizar la CV según el ingreso del hogar, no se encuentran diferencias en el componente físico. Sin embargo, el componente mental tiende a aumentar a medida que aumenta el ingreso del hogar, presentando un mayor puntaje aquellos individuos con ingreso mayor a \$1.700.000 (media = 58,4).

Se realizó una prueba correlacional de Spearman para analizar estas variables.

Se encontró una correlación inversa entre el componente físico de la escala SF-36 y nivel educacional (Spearman = -0,294;  $p = 0,029$ ). Se encontró una correlación directa entre el componente mental de la escala SF-36 y: escolaridad (Spearman = 0,428;  $p = 0,05$ ) e ingreso del hogar (Spearman = 0,331;  $p = 0,032$ ). No se observó correlación con las demás variables sociodemográficas.

Se realizó una prueba de Fisher para evaluar la correlación entre el grado de discapacidad y salud mental de los pacientes. No se encontró una correlación estadísticamente significativa entre pacientes con salud mental alterada (Goldberg  $\geq 5$ ) con los que tienen algún nivel de dependencia (Fisher = 0,34).

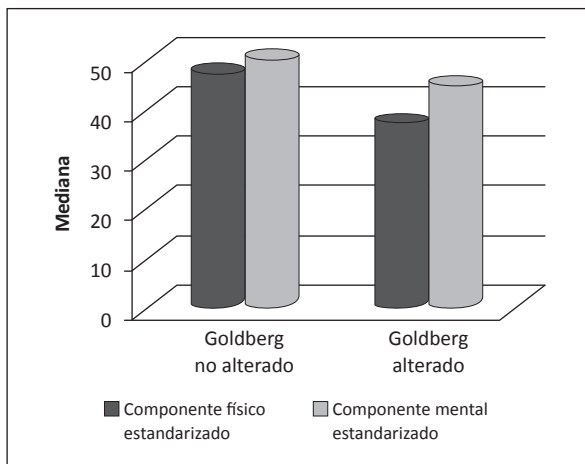
Se estudió cómo varía la CV en los pacientes discapacitados según su nivel de salud mental. Para esto se utilizó una prueba no paramétrica para igualdad de medianas, y se clasificó a los discapacitados de acuerdo a si el puntaje en la escala de Goldberg era  $< 0$   $\geq 5$ . Se compararon las medianas de ambos grupos, tanto para el componente físico

**Tabla 1. Calidad de Vida (escala SF-36) en pacientes sin alteración en salud mental (Goldberg < 5)**

	Componente físico estandarizado SF-36	Componente mental estandarizado SF-36
N	33	33
Media	44,1	49,3
Sd	11,9	10,9
p50	47,2	49,8

**Tabla 2. Calidad de Vida (escala SF-36) en pacientes con alteración en salud mental (Goldberg Alterado ≥ 5)**

	Componente físico estandarizado SF-36	Componente mental estandarizado SF-36
N	9	9
Media	40,5	39,9
Sd	12,4	11,7
p50	36,7	44,5



**Figura 2.** Calidad de vida según presencia o ausencia de alteración mental.

como el componente mental del SF -36. Se observó una diferencia de 10 puntos (9,4 puntos) en el componente físico: 47 para los que no presentaron alteración mental *versus* 37 para los que sí la presentaron, diferencia que no fue significativa ( $p = 0,06$ ).

En cuanto al componente mental, se encontró una diferencia de 5 puntos en las medianas, sin relevancia significativa.

No existen diferencias en el componente físico y mental según categoría de Goldberg (Tabla 1 y 2). No existe significancia estadística en la calidad de vida según presencia o ausencia de salud mental.

Se observó cómo varía la CV de los individuos según el centro estudiado (Tabla 3). Los que no asistían a ningún centro presentaron la mayor puntuación para el componente físico de la SF-36 (mediana = 50,6). El centro con menor puntuación fue la Asociación Chilena de Lisiados (mediana = 32,4).

En cuanto al componente mental, la Asociación

**Tabla 3. Mediana de puntajes según componente en escala SF-36 de calidad de vida según centro**

Centro	Componente físico estandarizado SF-36	Componente mental estandarizado SF-36
Teletón	46,3	47,6
Centro Crecer	42,6	52,5
Asociación Chilena de Lisiados	32,4	56,0
Otros	49,1	44,0
Sin centro	50,6	46,3

Chilena de Lisiados presentó el mayor puntaje (56,0), y el grupo de los individuos que asistían a otros centros presentó la menor puntuación (mediana = 44,0).

Al observar la CV según los años de discapacidad (Tabla 4), el menor puntaje del componente físico se ve en sujetos con menos de un año de discapacidad (mediana = 36). El mayor puntaje se obtuvo en individuos con discapacidad mayor o igual a 15 años (mediana = 48). En el componente mental, el mayor puntaje se obtuvo en individuos con discapacidad menor a un año (mediana= 62,0).

Se evaluó la modificación de salud mental según tiempo de discapacidad (Tabla 5). Un 59,5% presentó quince o más años de discapacidad. De éstos, sólo un 22,7% presentó alteración en su salud mental. Aquellos individuos con menos de un año de discapacidad no presentaron alteración de salud mental. Los grupos más comprometidos en salud mental fueron aquellos que presentaban entre 1 y 9,9 años de discapacidad.

Se revisó cómo varían las distintas variables sociodemográficas según la salud mental de los pacientes. Un 21,43% presentó un puntaje  $\geq 5$  en la escala de Goldberg.

Al evaluar por centro, el centro Teletón fue donde más personas fueron entrevistadas. De ellos, un 20,8% presentó un puntaje  $\geq 5$  en esta escala. En el grupo de los

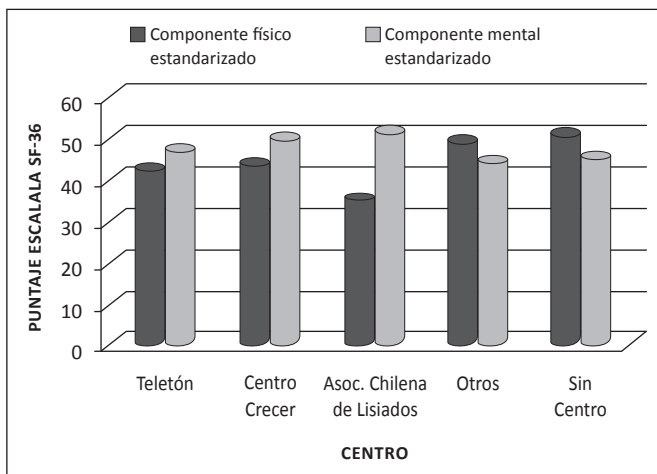


Figura 3. Componentes físico y mental según centro.

Tabla 4. Calidad de vida según discapacidad

Años de discapacidad	n	Componente físico estandarizado	Componente mental estandarizado
< 1	2	36,0	62,0
1 - 5	8	43,8	53,8
6 - 10	3	40,5	44,6
11 - 15	2	38,8	50,1
> 15	22	48,2	46,3

Tabla 5. Salud mental (Escala de Goldberg) según años de discapacidad

Años de discapacidad	n total	Puntaje < 5	Puntaje $\geq 5$	Media
< 1	2	2	0 (0%)	2,5
1 - 4,9	8	6	2 (25%)	3,3
5 - 9,9	3	2	1 (33,3%)	4,0
10 - 14,9	2	2	0 (0%)	1,5
$\geq 15$	22	17	5 (22,7%)	3,3
Total	37			3,2

que no asisten a ningún centro, un 33,3% presentó un puntaje  $\geq 5$ .

Según el sexo, del total de las mujeres un 27,8% tenía un puntaje en este cuestionario  $\geq 5$ , y de los hombres un 16,7%.

Según el estado civil, la mayoría de los participantes eran solteros. De ellos, el 66,7% presentó un puntaje  $\geq 5$ .

La mayoría de los pacientes tenía educación media completa. De este grupo, el 89,5% no presentó alteración en la escala de Goldberg.

Según el ingreso del hogar, se puede ver que la mayoría de los individuos presentó un ingreso menor a \$200.000, de los cuales un 86% no presentó alteraciones según la escala de Goldberg. Además existe correlación significativa entre el ingreso del hogar y el componente mental (Spearman = 0,33  $p = 0,032$ ).

## Discusión

A pesar de que el tamaño muestral para nuestro estudio fue calculado para un mínimo de 14 pacientes, creemos que es un valor insuficiente para lograr una correlación estadísticamente significativa en muchas de las variables analizadas. Es por esto que arbitrariamente aumentamos la muestra a 42 pacientes, sin embargo, todavía creemos que este valor no fue suficiente para obtener resultados concluyentes. Esto puede demostrarse, por ejemplo, en que el número de personas encuestadas por centro era muy dispar, habiendo 24 personas del centro Teletón y sólo 6 del Centro Crecer, dificultando la comparación entre estos.

El tamaño de nuestra muestra fue muy pequeño y el diseño de nuestro estudio es descriptivo, por lo que las pruebas estadísticas aplicadas no son las más adecuadas para analizar los datos obtenidos. Estas pruebas son para diseños analíticos, por lo que sería recomendable realizar pruebas de medianas

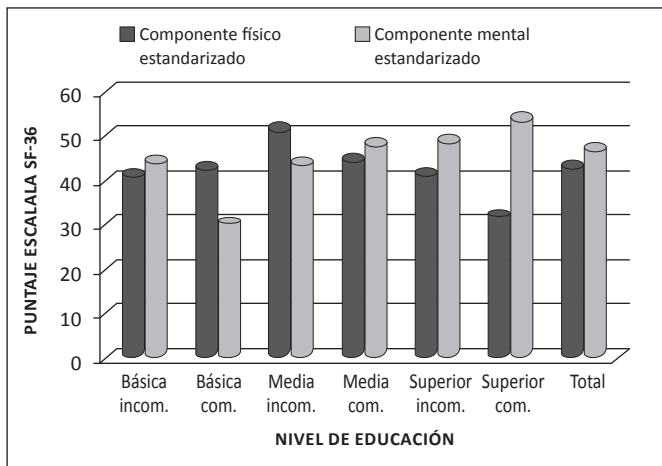


Figura 4. Componentes físico y mental según nivel de educación.

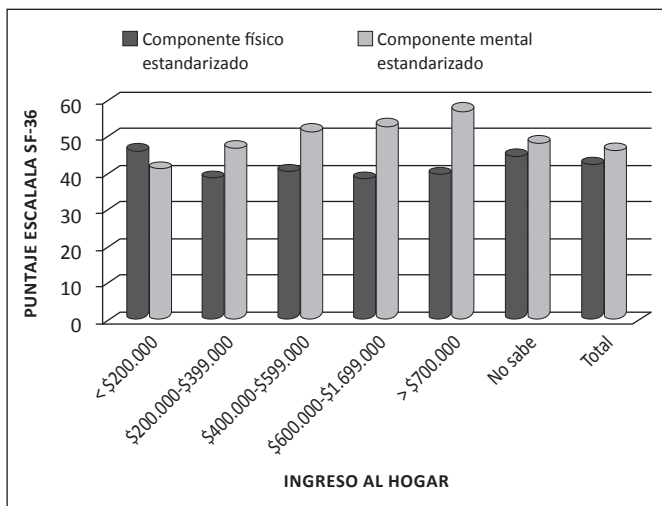


Figura 5. Componentes físico y mental según ingreso del hogar.

o de *Spearman*. Sin embargo, estas son de poca fuerza estadística. Es por esto que debiera aumentarse el tamaño de la muestra del estudio, para así obtener resultados con mayor fuerza estadística, de manera que permitan obtener conclusiones estadísticamente significativas.

Debemos destacar que no fue fácil encuestar a pacientes discapacitados que no pertenecieran a un centro, debido a la longitud y tiempo destinado al desarrollo de las encuestas y la dificultad para contactarlos. Debido a la condición motora de algunos de los participantes del estudio, muchos necesitaron asesoría por parte del equipo investigador para realizar la encuesta. Esto genera un sesgo al influir en los datos obtenidos por falta

de confidencialidad de quien responde la encuesta. Además, se genera un sesgo de memoria, pues los individuos encuestados debían recordar cómo había variado su estado mental y físico con respecto a un tiempo determinado previo, pudiendo no recordar con exactitud su condición anterior.

Al analizar las variables categóricas de la escala SF-36, se observa una correlación significativa entre el componente mental y alteraciones físicas. Sin embargo, llama la atención que al analizar la salud mental de los pacientes a través de la escala de Goldberg y correlacionarlo con el grado de discapacidad según la escala de Barthel, no se aprecia una diferencia estadísticamente significativa. Esto nos lleva a pensar que las escalas utilizadas para medir salud mental no fueron lo suficientemente apropiadas, ya que estas no estaban adaptadas para pacientes discapacitados. Las preguntas de la encuesta estaban referidas a síntomas nuevos que hayan aparecido en las últimas dos semanas, lo que genera un sesgo ya que la mayoría de los pacientes estudiados presentaban años de discapacidad, incluso habían nacido con ella y por lo tanto, cualquier alteración de la salud mental secundaria a la discapacidad llevaría más tiempo de evolución, no siendo pesquisada<sup>18</sup>. Según el estudio de Post y van Leeuwen los pacientes con lesión medular tienen en promedio mayores niveles de estrés y menores niveles de satisfacción comparados con la población general, pero en general se adaptan bien a su condición<sup>19</sup>. Un estudio realizado por la Universidad de Chile utilizando el cuestionario GHQ 12 en pacientes con sobrepeso y obesos, encontró que el 73,85% de todos los pacientes (n = 65) tuvo un puntaje mayor o igual 4, cuya puntuación media fue 6,88 (DS: 1,58).

A pesar de que el punto de corte de nuestro estudio para la GHQ 12 fue igual o mayor a 5 puntos para establecerlo como positivo, se encontró un porcentaje 21,4%



menor de pacientes con GHQ 12 alterado, lo que podría sugerir que individuos discapacitados se encuentran con mejor salud mental que individuos con sobrepeso y obesos<sup>20</sup>.

Sería interesante analizar en un estudio futuro a individuos con discapacidad reciente, ya que es posible que este grupo cambie sus resultados en las encuestas de CV (SF-36) y salud mental (GHQ-12). Un paciente que lleva menor tiempo con su discapacidad quizás tenga un resultado muy diferente a una persona que nació con su discapacidad (pues quizás no altere en lo absoluto su CV). El incluir a estos pacientes nos permitiría aumentar el tamaño muestral y minimizar las dificultades que surgieron con las escalas utilizadas, comentadas en el punto anterior.

Los centros visitados poseen variadas formas de apoyo al discapacitado, enfatizando diferentes áreas en la rehabilitación, existiendo centros que poseen un abordaje más integral que otros. Según los resultados obtenidos al analizar la CV según SF-36 en los distintos centros, no se observó mayor diferencia en el componente mental. Por su parte, el componente físico presentó mayor diferencia entre centros, siendo la Asociación Chilena de Lisiados el centro con peor apreciación de su salud física, a pesar de que el 75% de los encuestados obtuvo un puntaje en la escala de Barthel que considera su grado de discapacidad como independiente. Los pacientes sin centro fueron los que tuvieron una mejor valoración de su estado de salud. Sin embargo este último resultado es confundente ya que todos los pacientes sin centro fueron contactados en un campeonato de tenis, actividad que requiere un buen estado físico y vitalidad de por sí. Esto nos lleva a pensar que la rehabilitación cumple un rol fundamental en la calidad de vida del paciente, lo cual ha sido demostrado por diversos estudios. Según el trabajo de Aidar *et al* en pacientes con ACV, los individuos que se mantienen activos en comparación a los que se mantienen insuficientemente activos poseen mejores niveles de salud física y mental y por ende mejor calidad de vida, demostrando que la rehabilitación en sí es la herramienta fundamental para lograr una adecuada reinserción social del paciente discapacitado<sup>21</sup>.

Una revisión realizada por Peter C *et al*, en pacientes con sección medular, muestra que distintos recursos psicológicos, tales como el autoestima, se asocian a un mayor bienestar y salud mental, siendo estos indicadores positivos para la adaptación social. Sin embargo, en este trabajo no se estudió la relación entre distintos recursos psicológicos y el outcome de la rehabilitación<sup>22</sup>. Además el área laboral es crucial dentro de la reinserción social del paciente, como lo demuestra Rebolledo *et al*, en un estudio en pacientes con traumatismo encefalocraneano del Hospital del Trabajador, en que concluye que el ajuste psicosocial es mejor en pacientes que se encuentran trabajando que aquellos que no<sup>23</sup>.

Es importante considerar el origen de la discapacidad, ya sea ésta un problema congénito o adquirido. Esto no fue medido, sin embargo, al ojo del observador, se notó una clara diferencia en la forma de enfrentar la discapacidad en pacientes que nacieron con ésta condición, de quienes la adquirieron durante su vida. Los primeros parecían estar más adaptados en su entorno social, lo que también pudiese ser válido para aquellos pacientes cuya discapacidad se adquirió a edades tempranas de la vida, por lo que el tiempo de discapacidad es un factor importante a evaluar.

## Conclusiones

La discapacidad física es aún un tema muy poco estudiado en nuestro país, a pesar de su alta prevalencia. Existe un amplio campo de investigación sobre la salud mental en relación a los diversos tipos de discapacidad, al tiempo de evolución de esta condición, a la diferencia que existe entre los diferentes centros o si existe diferencia entre las personas con discapacidad física que asisten y se apoyan en un centro en comparación con los que no lo hacen. A pesar de que este trabajo no logra concluir significativamente la relación entre salud mental y discapacidad, si abre paso a múltiples dudas que pudieran ser estudiadas en un futuro con una muestra poblacional más amplia.

## Agradecimientos

Queremos agradecer a todos nuestros docentes que nos han apoyado en esta tarea.

A la Dra. Fristch, nuestra tutora, como también al Dr. Carvajal y la Dra. Weil, docentes a cargo del ramo de Psiquiatría de nuestra universidad. Además al Dr. Solar Tobar por darse el

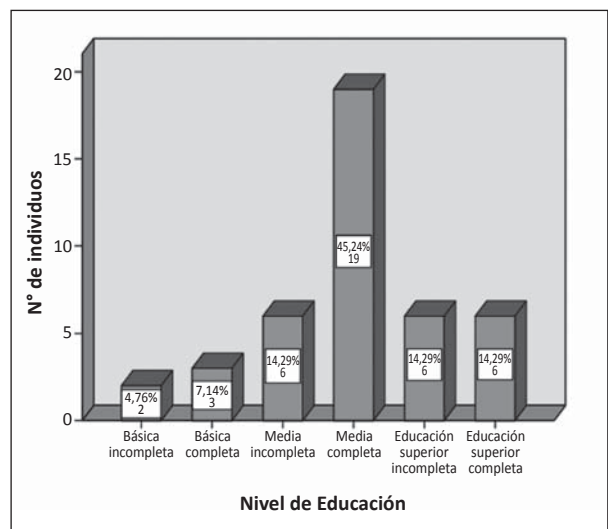
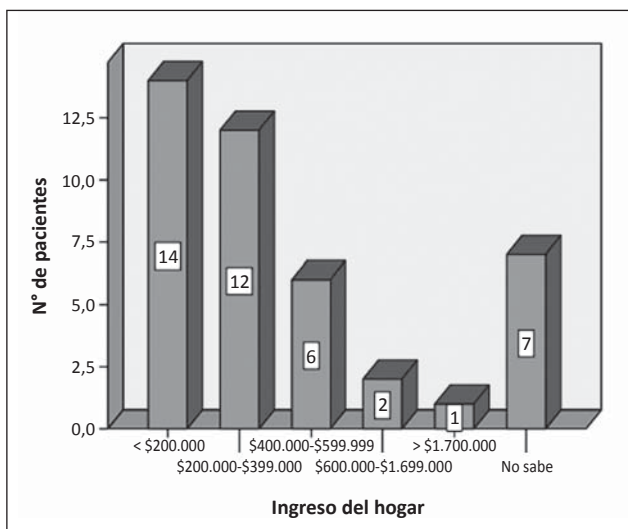
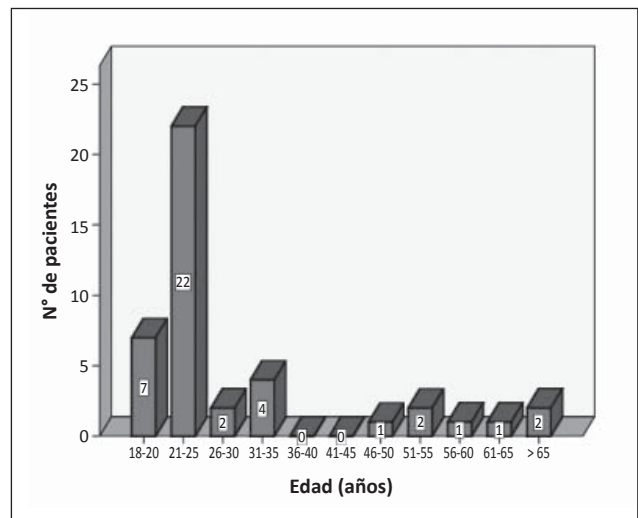
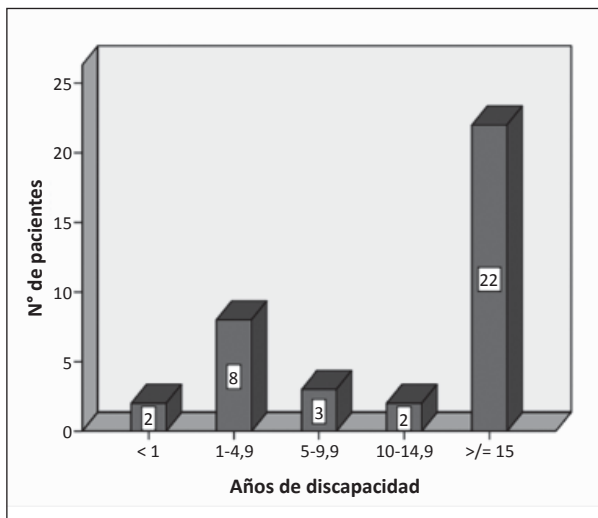
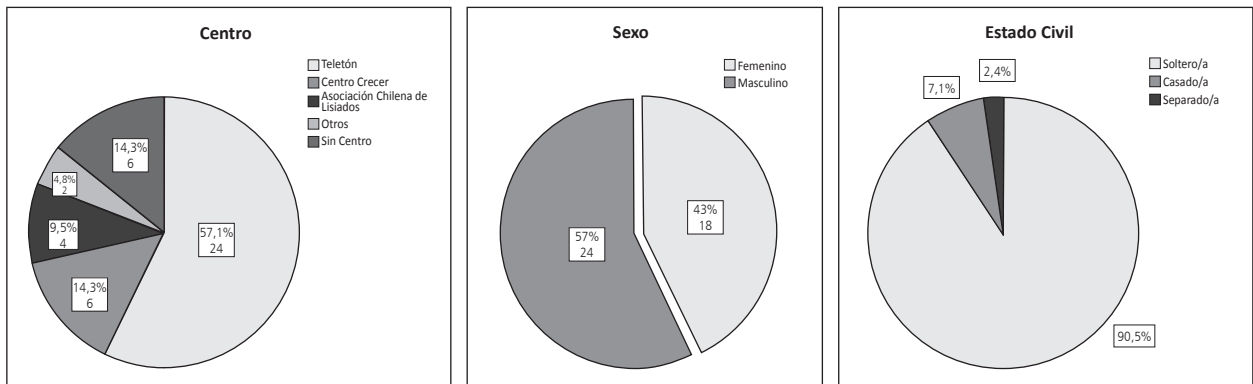
tiempo, la preocupación y dedicación en apoyarnos en la parte estadística del trabajo. A las doctoras del centro Teletón quienes nos facilitaron enormemente la labor y nos enseñaron mucho sobre estos pacientes. Finalmente, agradecer a la Dra. Perla David, que sin su tutoría y apoyo la publicación de este trabajo no hubiera sido posible.

## Resumen

*Las cifras mundiales de discapacidad estiman más de un millón de afectados. En Chile existen escasos estudios respecto al tema, sin uniformidad de conceptos y desde el 2004 se considera que la prevalencia es de 12,9% (4). **Objetivos:** Estudiar a individuos con discapacidad motora mayores de 18 años de la región Metropolitana y observar la relación entre su calidad de vida con el tiempo de discapacidad, salud mental y factores sociodemográficos. **Metodología:** Estudio descriptivo correlacional de corte trasversal. Se utilizaron las encuestas SF 36 para la calidad de vida, el índice de Barthel para discapacidad y la escala GHQ12 de Goldberg para la salud mental. **Resultados:** No se encontró una correlación estadísticamente significativa entre individuos con salud mental alterada (Goldberg  $\geq 5$ ) e individuos con algún nivel de dependencia en la escala de Barthel (Fisher = 0,34). Existe una diferencia de 10 puntos en relación al componente físico del SF-36, entre individuos con y sin alteración de la salud mental, sin embargo, esta cifra no es significativa ( $p = 0,06$ ). A mayor nivel educacional, existe una menor calidad de vida según el componente físico del SF-36, con significancia estadística. **Conclusiones:** No se encontró diferencias significativas en relación a la salud mental y la calidad de vida de los pacientes discapacitados. No podemos inferir la relación entre salud mental alterada y discapacidad motora. Este trabajo nos muestra la necesidad de ampliar la investigación sobre la salud mental en relación a: Diversos tipos de discapacidad, tiempo de evolución de esta condición, diferencia que existe entre los distintos centros y variación entre las personas con discapacidad física que asisten o no a un centro de rehabilitación.*

**Palabras clave:** Calidad de vida, discapacidad, salud mental.

Anexo 1. Gráficos sociodemográficos



## Referencias

1. Informe mundial sobre la discapacidad. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza 2011.
2. Wyndaele M, Wyndaele JJ. Incidente, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord* 2006; 44: 523-9.
3. Mazaira J, Labanda F, Romero J, Garcia ME, Gambarruta C, Sánchez A, *et al.* Epidemiología de la lesión medular y otros aspectos. *Rehabilitación (Madrid)* 1998; 32: 365-72.
4. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. Fonadis 2004. Santiago, Chile.
5. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). Organización Mundial de la Salud. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Imserso; 2001).
6. Paolinelli C, González P, Doniez M, Donoso T, Salinas V. Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación. Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Functional Independence Measure. *Rev Med Chile* 2001; 129 (1): 23-31.
7. Schwartzmann L. Calidad de Vida Relacionada Con Salud: Aspectos Conceptuales. *Cienc y Enferm* 2003; 9 (2): 9-21.
8. Angermeyer M, Holzinger A, Matschinger H, Stengler-Wenzke K. Depression and Quality of Life: Results of a Follow-Up Study. *International Journal of Social Psychiatry* 2002; 48(3): 189-99.
9. Hoffman JM, Bombardier CH, Graves DE, Kalpakjian CZ, Krause JS. A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92 (3): 411-8.
10. Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el post-parto. *Rev méd Chile* 2006; 134: 713-20.
11. Zid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de Discapacidad Física: El Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 127-37.
12. Zúñiga M, Carrillo-Jiménez G, Fos P, Gandek B, Medina-Moreno M. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México* 1999; 41(2): 110-8.
13. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, *et al.* El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005; 19: 135-50.
14. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*. 2002; 324: 1417.
15. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine* 2000; 25: 3130.
16. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993.
17. Montón C, Pérez- Echevarría MJ, Campos R, *et al.* Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12: 345-9.
18. Prevalin DJ. Multiple applications of the GHQ 12 in a general population sample population sample: an investigation of long-term retest effects. *Soc Psychiatr Epidemiol Psychiatry* 2000; 35(11): 508-12.
19. Post MWM, van Leeuwen CMC. Psychosocial issues in spinal cord injury: a review. *Spinal Cord* 2012; doi:10.1038/sc.2011.182).
20. Tapia A. Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Rev Chil Nutr* 2006 Nov; 33(2): 352-7.
21. Aidar F, de Oliveira R, Silva A, Matos D, Carneiro A, Garrido N, Hickner R, Reis V. The influence of the level of physical activity and human development in th quality of life in survivors of stroke. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011; 9: 89.
22. Peter C, Müller R, Cieza A, Geyh S. Psychological resouerces in spinal cord injury: a systematic literatura review. *Spinal Cord* 2011; doi: 10.1038/sc.2011.125.
23. Rebolledo P, Horta E, Carbonell CG, Trucco M. Traumatismo encéfalocraneano: adaptación psicossocial. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2000; 388 (2): 104-11.

---

Correspondencia:

Sofía González

E-mail: sof.piaf@gmail.com